



Ser sykepleier omsorgssvikt?
*Hvilken kunnskap har sykepleier behov for å avdekke
barndomstraumer som følge av omsorgssvikt?*

Kandidatnummer: 1133

VID vitenskapelige høgskole

Campus Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK2016

Antall ord: 10964

21.03.19

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Vold og overgrep mot barn er et samfunnsproblem som kan påføre barnet betydelige fysiske og psykiske problemer. Ut ifra erfaring er det usikkert om sykepleier har nok og riktig kompetanse for å avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt. Jeg ville vite mer om hvilken kunnskap som behøves av sykepleier for å avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt. Oppgaven er en litterær oppgave som presenterer og systematiserer fagkunnskap innenfor hvordan sykepleier kan avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt på legevakt. Jeg har brukt litteraturstudier basert på kvalitativ og kvantitativ forskning for å besvare min problemstilling som er: “Hvilken kunnskap har sykepleier behov for å avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt?” Resultatene av forskningsstudiene fremhever at det er en usikkerhet rundt hvilke kunnskap man trenger som sykepleier for å avdekke barndomstraumer. Samtidig kommer det frem at det er utfordringer til rapportering, meldeplikt og våge å tenke at barn er utsatt for omsorgssvikt.

Abstract

Violence and abuse against children is a social problem which can affect children physically and mentally. Experience suggests, nurses might not have the right competence to uncover childhood trauma as a result of neglect. I wanted to know more about what knowledge are needed by nurses to reveal childhood trauma as results of neglect. The assignment is a literary task which presents and systematizes knowledge about how nurses can reveal childhood trauma as results of neglect in the emergency room. I used literary studies based on qualitative and quantitative research to help explore my research question: “What knowledge does nurses need to reveal childhood trauma as a result of neglect?”. Results from the research studies highlights facts about the uncertainties on what knowledge we need as nurses to reveal childhood trauma. Simultaneously, there are challenges concerning reporting, and nurses have to be open to the thought of children experiencing neglect.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	2
1.3	Presisering og avgrensing.....	3
1.4	Begrepsavklaring.....	3
2	Metode.....	5
2.1	Valg av metode.....	5
2.2	Søkestrategier.....	5
2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
2.4	Søkeord.....	7
2.5	Presentasjon av søkeprosessen.....	7
2.6	Kildekritikk.....	10
2.7	Etiske vurderinger.....	11
3	Teori.....	12
3.1	Barndomstraumer som følge av omsorgssvikt.....	13
3.1.1	Fysisk skade.....	13
3.1.2	Psykisk skade.....	14
3.2	Sykepleiers kliniske blikk.....	14
3.3	Kompetanse om symptombylde.....	17
3.3.1	Affektive traumesymptomer.....	18
3.4	Kommunikasjon med barn og omsorgsgivere.....	19
4	Utfordringene ved å avdekke traumer som følge av omsorgssvikt.....	20
4.1	Viktigheten av sykepleiers kliniske blikk.....	20
4.2	Kommunikasjon mellom sykepleier, omsorgsgiver og barn.....	23
4.3	Barriere for sykepleier å rapportere fra legevakten?.....	24
4.4	Økes kunnskap ved etablering av tverrfaglig team på legevakt?.....	26
4.5	Bevisstgjøring blant sykepleiere.....	29
5	Oppsummering.....	32
	Litteraturliste.....	34

1 Innledning

Det er ingen konkrete tall for hvor mange barn som er rammet av omsorgssvikt i Norge. I 2017 var det 55 697 barn med barnevernstiltak ifølge sentralt statistisk byrå (Statistisk sentralbyrå, 2017). Regjeringen forklarer at vold og overgrep mot barn er et samfunnsproblem som kan medføre barnet betydelige fysiske og psykiske problemer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2019). Omfanget av barn med omsorgssvikt er så stort at det må anses som et folkehelseproblem (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018, s.15). Det kan være en påkjenning for barna, familien og for samfunnet (Killen, 2015, s.77-78). I 2014 la regjeringen frem en tiltaksplan som har blitt iverksatt fra 2014 til 2017. Den la frem 43 prioriterte tiltak som skulle bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). I 2016 la regjeringen frem en ny opptrappingsplan som ble iverksatt i 2017 og skal være på dagsorden til 2021. Planen skal synliggjøre hovedutfordringene knyttet til vold og overgrep og da spesifikt mot barn. Den inneholder både tiltak og strategier (Barne- og likestillingsdepartementet, 2019). For å møte utfordringene til dette, har nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress fått i oppgave å bidra til utvikling av systematisk kunnskap om barn og unge som er utsatt for omsorgssvikt. I januar og februar i år, gjennomførte de en landsomfattende undersøkelse på norske skoler der ungdom 12-16 år ble spurt direkte om sine erfaringer om vold, overgrep og omsorgssvikt. Dette er første gang ungdom fikk fortelle om sine erfaringer uten samtykke av foreldre, og resultatene kommer til å bli en viktig del av arbeidet mot vold og overgrep i fremtiden (Nasjonalt kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress [NKVTS], 2019). Resultatene kan gi kunnskap om effektive tiltak og behandlingsmetoder (Barne- og likestillingsdepartementet, 2019). Å bevisstgjøre og øke kunnskapen til sykepleiere om hvordan de skal identifisere barn med barndomstraumer og om meldeplikten deres til barnevernet, kan være med på å redusere gapet mellom barn som blir utsatt for omsorgssvikt og antall barn som mottar hjelp fra barnevernet (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017).

Barn som har opplevd en form for omsorgssvikt kan også oppleves svært vanskelig å definere, og de ulike formene for omsorgssvikt glir ofte over i hverandre (NKVTS, 2015a). Dette kan være forvirrende og frustrerende og gi negative følger for videre forskning, helsepersonell og andre som er utsatt. Hvis vi skal bli i stand til å se og hjelpe de barna som blir utsatt for ulike former for risiko- omsorgssviktsituasjoner og overgrep, må kunnskap inn i

grunnutdanningene, integreres og bli til forståelse (Killen, 2015, s.27). Den faglige utviklingen forutsetter personlig utvikling hos studentene og hos de profesjonelle (Killen, 2015, s.27). Når et barn kommer inn på legevakten og sykepleier har en mistanke om omsorgssvikt, er det viktig at sykepleiere er bevisste på at de kan møte denne pasientgruppen og føle at de har nok kompetanse til å avdekke pasientsituasjonen. Legevakten kan være barnets første møte med helsetjenesten, og derfor er det viktig å ha gode rammer for hvordan sykepleier skal henvende og tilpasse seg denne pasientgruppen. De siste årene har vi sett medieoppslag som forteller om at gapet mellom antall barn som er utsatt for omsorgssvikt og antall barn som mottar hjelp fra barnevernet fortsatt er stort. Det har blitt stilt spørsmål om hvordan dette gapet fortsatt kan være så stort.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hvilken kunnskap har sykepleier behov for å avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt?

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Da jeg begynte på sykepleierstudiet, fikk jeg en større interesse for hvilken kompetanse og eller hvilke verktøy sykepleier kan ta i bruk for å skape en god og trygg relasjon mellom barn og voksne. Gjennom praksisperiodene mine på sykehus har jeg møtt barn i sårbare situasjoner der det er oppstått en konflikt med sykepleier, fordi barnet har hatt vanskeligheter med å forstå hva som foregår i situasjonen. Jeg har fått inntrykk av at sykepleier har vært usikker på hvordan opptre i situasjonen. Samtidig har jeg erfaring med å være fostersøster for barn som har opplevd en eller flere traumatiserende hendelser, og sett hvor viktig det er å fange opp barn på et tidlig stadium.

Da vi skulle velge tema på bachelor, var jeg sikker på at tematikken skulle være rundt barn som hadde opplevd traumatiserende hendelser. Samtidig som det har vært en fin mulighet til å tilegne seg mer kunnskap om hvor viktig det er for sykepleier å være bevisst og engasjert i

situasjoner med barn, der sykepleiere både har et moralsk ansvar og et ansvar i henhold til lovgiving.

Jeg synes relasjonsbygging mellom sykepleier og barn er et viktig og spennende tema som må belyses mer i studiet. Jeg synes det har vært mangelfull eller manglende opplæring på området i studieforløpet vårt. Hvis vi som sykepleier er mer forberedt og rustet til å fange opp og avdekke barn som har opplevd traumatiserende hendelser, kan vi lettere håndtere situasjonen og egne følelser knyttet til hendelsen. Hvis vi ikke er klar over at vi kan komme i en slik situasjon, kan det skape en usikkerhet hos sykepleier som kommer ut i arbeidslivet og møter barn som har opplevd et traume.

1.3 Presisering og avgrensing

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen opp mot barn og unge som er hjemmeboende med omsorgsgiver. Videre har jeg avgrenset til barn og unge i førstegangskontakt på legevakten. Jeg har valgt å definere problemstillingen opp mot akutfasen, fordi det er der ofte sykepleier har det første møte med barn som har opplevd omsorgssvikt. Det er der sykepleier har første mulighet til å gjenkjenne tegn og symptomer, som kan være med på at flere får riktig behandling videre. Jeg vil kun fokusere på hvordan sykepleier kan avdekke symptombylde til barnet, og ikke gå videre på behandlingsmetoder eller behandlingsforløpet.

Som sykepleier kan en møte barn i ulike aldersgrupper på legevakten. I denne oppgaven benyttes begrepet barn for å henvise til barn i aldersgruppen 0-18 år som allerede har opplevd et traume der den bakenforliggende årsaken er som følge av fysisk og psykisk skade.

1.4 Begrepsavklaring

De tre sentrale begrepene i min problemstilling som jeg skal definere nærmere er, å avdekke, barndomstraumer og omsorgssvikt.

Å avdekke

Med avdekke menes betydningen av å forstå det som observeres og at denne forståelsen er ment som et utgangspunkt for å kartlegge samt legge tilrette for en nærmere utredning av de funn som observeres av sykepleiere (NKVTS, 2015b).

Barndomstraumer

Det finnes flere kriterier som tilfredsstiller hendelser som kan være traumatisk for barn. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Cohen, Mannarino og Deblinger sitt begrep. Dette er fordi dette begrepet er blitt revidert i 2018 og revidert til å omhandle hendelser som er direkte hendelser som barnet opplever, er vitne til eller hører om. Det er hendelser som inkluderer død og trusler om død, alvorlig skader eller seksuell vold. Eksempler kan være fysisk, psykisk eller seksuell skade (Cohen et al., 2018, s.25).

Omsorgssvikt

Begrepet omsorgssvikt omhandler avvik fra å dekke et barns grunnleggende behov. Det kan både heftes for fysisk og psykisk skade. Det kan både være tilsiktet eller utilsiktet fra omsorgsgivers side (NKVTS, 2015a). Barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt av sine primæromsorgsgivere, kan sykepleier komme i møte med på legevakten. Barn kan komme inn med en relativt enkel skade eller en sykdomssituasjon, men den bakenforliggende årsaken kan være som følge av fysisk, psykisk og seksuell skade (Cohen et al., 2018, s.25).

2 Metode

Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å finne eller bearbeide kunnskap. Det er en fremgangsmåte og man kommer frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Det er ulike metoder å anvende, og de mest brukte er kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode forteller noe om data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode fanger opp mening og opplevelse som ikke er tallfestet eller målbart (Dalland, 2017, s.52). Jeg har gjort en vurdering til hvilke metode som har vært mest relevant å anvende opp mot min problemstilling. Dette vil jeg komme inn på i underkapitlene.

2.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave som presenterer og systematiserer fagkunnskap innenfor hvordan sykepleier kan avdekke barndomstraumer hos barn som følge av omsorgssvikt på legevakt. Jeg har brukt litteraturstudier basert på både kvalitativ og kvantitativ forskning for å besvare min problemstilling. For å kunne belyse min problemstilling har det derfor vært hensiktsmessig for meg å oppsøke allerede eksisterende kunnskap (Forsberg, & Wengström, 2008, s.34).

2.2 Søkestrategier

Jeg startet med å finne forskningslitteratur som svarer på problemstilling ved å gjøre systematisk litteratursøk. Jeg sorterte først forskningslitteraturen i søketabeller for å få en struktur i søkeprosessen. Jeg avgrenset søkene mine etterhvert som jeg fant relevante søkeord. Videre leste jeg tittelen på litteraturen for å se om det hadde faglig relevans for min problemstilling. Jeg valgte å lese abstraktet til de titlene som inneholdt nøkkelord som kunne belyse min problemstilling. Etter dette sorterte jeg ut ifra abstraktene for å så lese forskningsartiklene i full tekst. Derfra tok jeg en vurdering for hvilke forskningsartikler jeg ville bruke som litteratur i teori og drøfting.

Da jeg gjorde litteratursøket, var jeg bevisst på å at jeg ville finne oppdatert kunnskap. Jeg så etter nyere og internasjonal litteraturstudier som hadde blitt gjort innenfor det siste tiåret. Ved valg av metode har jeg lagt vekt på egnethet og nøyaktighet i litteraturstudiene, i henhold til at jeg vil spesifikt finne ut av hvordan sykepleier kan avdekke barn med barndomstraumer, og ikke annet helsepersonell.

Sekundærkildene mine kommer fra selvvalgt pensum fra ulike fagbøker som har sykepleiefagligrelevans til min problemstilling. Sekundærkilder er kilder som kan være oversatt utgave av den primære kilden, for eksempel fagbøker (Dalland, 2018, s.162). Jeg har primært brukt norske fagbøker med teoretisk kunnskap som kunne understøtte forskningslitteraturen og problemstillingen min.

Jeg har brukt forskningslitteratur fra samme område og selvvalgt pensum for å belyse problemstillingen min i et bredere spekter. Forskningslitteraturen er basert på nyere forskning innenfor sykepleie og hvordan de skal avdekke barn med traumer, men jeg ser at eldre litteratur og den teoretiske kunnskapen om temaet også støtter opp under den nyere litteraturen. Dette har gjort det lettere for meg å vurdere troverdigheten og egnetheten til forskningsartiklene jeg har valgt å bruke.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har brukt søkekriterier for å begrense søkene mine. Jeg har valgt artiklene utifra ulike kriterier jeg satt opp før jeg startet å søke.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Publikasjoner innenfor helsetjenesten på norsk og engelsk- Publikasjoner innenfor 2009-2019- Fagfellevurdert forskningsartikkel	<ul style="list-style-type: none">- Publikasjoner innenfor helsetjenesten på andre språk enn norsk og engelsk- Publikasjoner før 2009

	- Ikke fagfellevurdert forskningsartikkel
--	--

2.4 Søkeord

Jeg har brukt søkeordene “*Nursing*”, “*Nurse*”, “*Children*”, “*Neglect*”, “*Child abuse*”, “*Child maltreatment*”, “*Nurse’s role*”, “*Maltreatment*”, “*Emergency room*”, “*Emergency Departments*” og “*barnemishandling*”.

2.5 Presentasjon av søkeprosessen

I det systematiske litteratursøket har jeg brukt databasene Pubmed og CINAHL. Under kombinasjoner har jeg satt opp hvordan jeg kombinerte de ulike søkeordene ved å nummere dem.

Søk 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
#1 Nursing	Pubmed	#1 and #2 and #4	2696
#2 Children	Pubmed	#1 and #3	1012
#3 Neglect	Pubmed	#1 and #2 and #3	339
#4 Child abuse	Pubmed	#1 and #3 and #5	273
#5 Child maltreatment	Pubmed	#1 and #2 and #3 and #4	226
#6 Nurse’s role	Pubmed	#5 and #6	1

I den innledende fasen av det systematiske litteratursøket startet jeg med søkeordene “children”, “neglect”, “nursing” og “child abuse” for å få en oversikt over hvilke studier som har blitt gjort internasjonalt innenfor sykepleie, barn og omsorgsvikt. Etter at jeg hadde søkt ulike kombinasjoner med disse søkeordene, fant jeg flere nøkkelord i abstrakter som jeg ville søke med videre. Jeg valgte da å fortsette søke mitt med søkeordene “Child maltreatment” og “Nurse’s role” for å spesifisere mer, om det ga meg en annen vinkling på søketreffene.

Søk 2

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Child maltreatment	CINAHL	#2 and #3	797
2. Nursing	CINAHL	#1 and #2 and #3	26
3. Neglect	CINAHL		
4. Child trauma	CINAHL	#2 and #4 and #5	7
5. Emergency room	CINAHL		

I CINAHL fortsatte jeg å bruke søkeordene “Child neglect”, “Child maltreatment” og “Nursing”. For å avgrense søke mitt kombinerte jeg søkeordene “Nursing”, “Child Maltreatment”, “Emergency room” og “Emergency Departments” for å se om jeg fant noen mer spesifikke studier som var mer rettet mot å avdekke barn med barndomstraumer på legevakten.

Søk 3

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Barnemishandling	Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress	#1	3

I mitt siste søk utførte jeg et håndsøk. Jeg fant norsk forskningslitteratur som kunne belyse min problemstilling. Deretter så jeg gjennom litteraturlisten til forskningslitteraturen relatert til min litterær oppgave.

Presentasjon av forskningslitteratur

Her vil jeg kort redegjøre for hvilke forskningslitteratur jeg har valgt å bruke videre i teori- og drøftingskapitlet for å svare på min problemstilling.

1. Barlow, S. L. (2011). *Nurse practitioner barriers to reporting child maltreatment*. Denne studien presenterer tre sykepleiere ved Brigham Young University i Utah i USA barrierer ved å rapportere barnemishandling for tilfeldig utvalgte sykepleiere og jordmødre.
2. Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). *Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis*. I denne australske tverrsnittstudien har de undersøkt forholdet mellom opplæring, kjennetegn, kjennskap til rapporteringsplikten og ulike faktorer som påvirker rapportering videre av barnemishandling og omsorgssvikt for sykepleiere.
3. Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). *How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review*. Her har tre barnesykepleiere fra USA samlet 41 studier fra 7 ulike land for å finne ut av hvordan sykepleiere jobber for å hjelpe barn som har opplevd mishandling eller omsorgssvikt, samt om dette utøvet noe forskjell for barnas liv.
4. Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P., de Koning, H. J., & Moll, H. A. (2014). *Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments*. Her har de gjennomført en studie på legevakten på tre sykehus i Nederland. De hadde et 18 måneders studie der de hadde utformet et eget kartleggingsskjema for å identifisere barn som hadde opplevd en form for omsorgssvikt. Kartleggingsskjemaet skulle sykepleierne bruke ukritisk til hvilken skade barnet kom inn med, men det var ikke en evalueringssjekkliste for skadeomfanget til barnet. De skulle bruke det ved tilfeller der de mistenkte omsorgssvikt.
5. Myhre, M. C., Lindboe, A., & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis*. Her har tre leger, som også er forskere innenfor sosialpediatrien gjennomført en observasjonsstudie der alle alle

barneavdelingene i Norge anonymt rapporterte de tilfellene som ble utredet for mulig fysisk barnemishandling gjennom et år. Det ble registrert 70 saker. Sakene omhandlet barn i alderen 0 til 14 år.

6. Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., & Cuber, T. (2011). *Paediatric nurses' identification of violence against children*. Studien tok for seg 160 sykepleiere sine vurderinger, ferdigheter og tiltak knyttet til barnemishandling ved barnesykehus og barneavdeling i Polen.
7. Skarsaune, K. (2013). *Å mistenke barnemishandling. En studie av sykepleiers erfaringer*. I dette studie presenterte universitetslektor Kari Skarsaune ved universitetet i Nordland åtte sykepleiers erfaringer i situasjoner der de hadde opplevd barnemishandling.
8. Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., & Bechtel, K. (2015). *Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments*. Dette studie har blitt gjort ved tre legevakter i Connecticut i USA, der de skulle se hvordan det er tilrettelagt. Samtidig sett på hvilke barrierer det kan være å identifisere barnemishandling og omsorgssvikt.

2.6 Kildekritikk

Dalland (2018, s.158) forklarer at kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet. Da jeg valgte ut mine forskningsartikler vurderte jeg om de hadde nok faglig relevans til å belyse min problemstilling. Jeg leste alltid abstraktet først for å se om artikkelen innholdt nøkkelord som sykepleie, barn, traumer, omsorgssvikt, og/eller legevakten. Hvis de innholdt flere av disse nøkkelordene, valgte jeg å lese artikkelen i fulltekst for å se om de hadde en vinkling som var interessant for å svare på min problemstilling. Samtidig var jeg bevisst på at litteraturen i artikkelen skulle være oppdatert iløpet av de siste ti årene, for å være sikker på at forskningsresultatene kom av nyere data. Jeg så alltid først på inklusjons- og eksklusjonskriteriene deres for å ta en videre vurdering om det egnet seg for meg å bruke disse studiene for å belyse min problemstilling.

Min valgte forskningslitteratur er på engelsk og norsk. Ved at flertallet av artiklene er på et annet språk, gjør at jeg kan få en annen oppfattelse av budskapet i artikkelen, enn det forfatteren ønsker. Da de ulike studiene er blitt gjort i USA, Australia, Nederland og Polen har jeg også tatt en vurdering om studien har en overføringsverdi til norske forhold og vårt helsesystem. De kan også ha fokus på annen kunnskap og gjort seg andre erfaringer enn en sykepleier som jobber i norsk helsevesen. Da jeg har oversatt artiklene fra engelsk til norsk, kan det også ha skjedd feil eller jeg kan ha mistolket.

2.7 Etiske vurderinger

Gjennom søkeprosessen og datainnsamlingen, har jeg vært bevisst på at jeg er pliktet til å overholde de etiske retningslinjene som er aktuelle for min litterær oppgave som presenterer og systematiserer fagkunnskap. Jeg har bevisst ikke vært forutinntatt, men systematisert søkende mine slik at jeg heller fikk et overordnet innblikk i hvilke litteratur som allerede eksisterer. Jeg har vært bevisst på å dokumentere litteratursøkeprosessen, slik at den med sikkerhet kan etterprøves av andre.

3 Teori

Å avdekke barndomstraumer som følge av omsorgssvikt kan være komplisert. Det kreves spesiell kompetanse for å håndtere situasjoner der det er mistanke om omsorgssvikt. I en kartlegging av utredningspraksis på barneavdelinger på norske sykehus informerte de om at det kun er i barnemedisinen det er blitt utviklet et eget fagfelt med en slik kompetanse som kalles sosialpediatri. Det er kun barneleger med spesiell interesse for sosialpediatrien som møtes jevnlig for faglig oppdatering og utveksling av erfaringer i nettverket ”Medisinsk Forum” i regi av nasjonalt kunnskapsenter for vold og traumatisk stress. De har spisskompetanse innenfor de medisinske aspektene ved barnemishandling og omsorgssvikt i Norge (Myhre, Lindboe, Dyb, 2010, s.7). Det kom frem at det kun finnes interessegrupper for barnelegene, og ingen interessegrupper for sykepleiere som er i kontakt med denne pasientgruppen på legevakt. Videre fortalte de at det var en bekymringsverdi at det var så få henvisninger fra helsestasjon, legevakt og allmennlege. De var bekymret over det lave antallet med saker som ble henvist fra legevakt. Det kunne gjenspeile i at mishandlingssaker blir oversett der. Legevakten behandler mange barn med skader, det er her de fleste med skader relatert til mishandling først vil henvende seg (Myhre et al., 2010, s.20).

Det er også blitt gjort en samlet studie av tre barnesykepleiere i USA der de har gått gjennom flere studier. De samlet 41 studier fra 7 ulike land, som gikk ut på å finne ut av hvordan sykepleiere jobber for å hjelpe barn som har opplevd mishandling eller omsorgssvikt. De så på om dette utøvet noe forskjell for barnas liv. De så tydelig at sykepleier møter barn i ulike settinger med deres familie der de oppdager at barna har opplevd omsorgssvikt. Samtidig hvordan sykepleier var med på å forebygge dette. Ut av de samlede studiene viste det seg at det var kun en studie fra Nederland som hadde gjort en utredning om hvordan sykepleiere kunne avdekke mishandling og omsorgssvikt hos barn på legevakten. Det var åtte andre studier som omhandlet hvordan sykepleier kunne bruke deres faglige kunnskap for å avdekke omsorgssvikt hos barn ved mistanke eller allerede avklart (Lines, Grant & Hutton, 2018, s.79).

Disse studiene har vært retningsgivende for hva jeg vil bruke i teori- og drøftingsdelen for å belyse min problemstilling.

3.1 Barndomstraumer som følge av omsorgssvikt

Barn som opplever barndomstraumer kan være en følger av omsorgssvikt. Her vil jeg definere omsorgssvikt i et bredere spekter. Sykepleier har kunnskap om symptomer og tegn de skal se etter når et barn kommer inn på legevakten, men det er det å våge å tenke at et barn faktisk er blitt utsatt for omsorgssvikt (NKVTS, 2016). Ved en studie gjort ved universitetet i Nordland der åtte sykepleiere skulle dele deres erfaringer i situasjoner ved mistanke om omsorgssvikt, var det vanskelig for dem å definere omsorgssvikt. Sykepleierne opplevde dette som et diffust og komplekst felt. De brukte uttrykk som «vanskelig farvann» og «sunn fornuft» for å beskrive omsorgssvikt. Det var vanskelig for dem å komme med en definisjon på omsorgssvikt. De mente at det var avhengig av hver enkeltes oppfatning (Skarsaune, 2013, s.23). Ved tre legevakter i Connecticut i USA så de at sykepleiere fryktet å beskyldes omsorgssgiver da de mistenkte fysisk og psykisk skade som følge av omsorgssvikt (Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes & Bechtel, 2015, s.50). I en studie gjort ved 22 sykehus i Queensland i Australia der 930 sykepleiere deltok, viste det seg at 42,6 prosent av sykepleierne hadde rapportert da de hadde hatt en mistanke om omsorgssvikt. 21,1 prosent av sykepleierne hadde valgt ikke å rapportere da de hadde en mistanke. 26,6 prosent av dem som hadde rapportert videre, hadde også ved tilfeller valgt ikke å rapportere videre selv om de hadde en mistanke om omsorgssvikt (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dune, 2010, s.150).

Begrepet omsorgssvikt omhandler ulike avvikende handlinger fra omsorgsgiver, og ulike handlinger vil være koblet til ulike problemer. Derfor er det naturlig å inndeles omsorgssvikt i fysiske og psykiske skader.

3.1.1 Fysisk skade

Fysisk overgrep av barn innebærer at en voksen person forårsaker barn fysisk skadelige handlinger som smerte, kroppslig skade eller sykdom (Kynø et. al, 2015a). Symptombilde til barn som er blitt fysisk skadet av omsorgsgiver kan variere. Det kan variere fra slag, blåmerker, rifter, kutt, arr, stikk eller brennmerker (Kynø et al., 2015a). Da Myhre et al. (2010, s.16) gjorde utredningspraksis på barneavdelinger ved norske sykehus, ble det utført klinisk undersøkelse i alle sakene. De så at de vanligste funnene var blåmerker som ble sett

ved 14 av 28 saker. I en studie ved et barnesykehus og barneavdeling i Polen deltok 160 sykepleiere. Det viste seg at noen av de hyppigste meldte tilfellene var i hode (70%) og overkropp (60%) (Pabis, Wronska, Slusarska & Cuber, 2011, s.388).

Det kan være ulike faktorer til mistanke om omsorgssvikt av barn. Sykepleier kan ofte se en kombinasjon av mistenkelige fysiske skader påført barnet og avvikende interaksjon mellom barn og omsorgsgiver (Boos & Endom, 2015).

3.1.2 Psykisk skade

Kynø et.al (2015b) forklarer at psykisk mishandling av barn er den typen mishandling som er mest udefinerbar. Det kan både påvirke barnets psykiske helse og utvikling. Psykisk mishandling går under flere typer omsorgssvikt. Herunder også emosjonell mishandling som opptrer i et gjentakende mønster av avvikende interaksjon mellom barn og omsorgsgiver. Symptombildet på barn som har blitt psykisk mishandlet kan være blåmerker, fysiske skader, aggresjon og redsel (Kynø et al., 2015b). I Pabis et al. (2011, s.388) sin studie forklarte de også at noen av de hyppigste symptomene på psykisk skade var gråt og redsel.

3.2 Sykepleiers kliniske blikk

For å avdekke og identifisere barn som kommer inn med barndomstraumer er det viktig å ha god kunnskap om denne pasientgruppen. Det kan gjøre det lettere for sykepleier å ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. Et barn som har opplevd et barndomstraume er ikke en vanlig klinisk observasjon for sykepleier (NKVTS, 2015a). Ved tre legevakter i Connecticut i USA har de intervjuet 29 sykepleiere og leger som har vært i kontakt med barn som har opplevd omsorgssvikt av deres omsorgsgivere. Det de hadde opplevd som noe av utfordringen i møte med denne pasientgruppen, var at de hadde manglende kunnskap om tegn og symptomer for å kunne identifisere hvorfor barnet for eksempel kom inn med blåmerker eller et brudd. Samtidig følte de at de ikke hadde tid og mulighet for å diskutere dette med andre kollegaer. De mente at det gikk ut over deres produktivitet. Flere av legene og sykepleierne som deltok i undersøkelsen mente at de behøver mer kunnskapsbasert trening og

tiltak rettet mot tegn og symptomer på fysisk mishandling. Samtidig vil de være kjent med flere medisinske prestasjoner av omsorgssvikt og gå gjennom situasjoner der barnemishandling er tilfelle. Dette kunne vært med på å fange opp og rapportere barn videre, som har fysisk eller psykisk skade som følge av omsorgssvikt (Tiyyagura et al., 2015, s.51).

Det er viktig for sykepleier å vite noe om hvordan de skal observere kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Ulike ansiktsuttrykk kan si noe om personen er sky, blyg, engstelig, redd eller skeptisk (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.22). Hvordan barnet oppfatter omgivelsene, situasjonen rundt seg, forståelse for omsorgsgivers og barns samspill og tilknytning er sentralt å kunne noe om (Killen, 2017, s.103-104).

På legevakten er det mye distraksjoner for en sykepleier. Det kommer fortløpende inn pasientgrupper som trenger øyeblikkelig hjelp. Det er en arena der sykepleiere møter barn og deres familie, og det kan være en stor sannsynlighet for at sykepleierne kommer i situasjoner der de kan få mistanke om omsorgssvikt (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017). Da er det viktig at sykepleier observerer pasienten som kommer inn. Å bruke sansene til å innhente data om pasientens tilstand er det vi kaller det kliniske blikket. Det er også knyttet til flere sanser enn synet (Kristoffersen, 2016, s.156).

Det kliniske blikket underbygges av fire fundamentale forutsetninger. For at sykepleier skal ha evne til å utvikle en klinisk observasjon av pasienten som kommer inn på legevakten må hen ha;

- Evnen til å sanse og oppfatte
- Evne og vilje til årvåkenhet og varhet
- Teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener
- At sykepleiers egne erfaringer er forstått og reflektert over (Kristoffersen, 2016, s.156)

Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel har en oppfattelse av at sykepleiere skal jobbe innenfor en hermeneutisk-fenomenologisk modell. Hermeneutikken søker å finne en mening og skape forståelse. Fenomenologien er opptatt av fenomener som opptrer i den virkelige verden (Benner & Wrubel, 1995, s. 26-27). Ved at sykepleier har teoretiske kunnskaper om aktuelle fenomener, kan det forsterke deres klinisk blikk. Det kan gi større

situasjonsforståelse, lettere å avdekke og se sammenheng i symptomer som barnet kan komme inn med på legevakten. Hvis det er et barn som kommer inn på legevakten med en redsel, er Benner og Wrubel opptatt av at sykepleier skal avdekke barnets redsel, og ikke redsel som begrep (Benner & Wrubel, 1995, s.27).

Evnen til å klinisk observere barn som kommer inn på legevakten, er også avgjørende for om sykepleier melder dette videre til helseinstanser som barnevernet. Det har blitt gjort en studie av tre sykepleiere ved Brigham Young University i Utah, USA som omhandlet barrierer ved å rapportere barnemishandling for tilfeldig utvalgte sykepleiere og jordmødre. Her svarte 31 prosent av utvalget at de hadde vurdert å rapportere mistanke om omsorgssvikt, men valgte å ikke gjøre det (Barlow, 2011, s.10). Videre forteller Tiyyagura et al. (2015, s.50) at det er en barriere å rapportere videre på grunn av mangel på oppfølging og det kunne få negativ konsekvenser for helsepersonellet som meldte ifra. Legene og sykepleierne som var med i studie, ønsket mer tilbakemelding etter rapportering og flere retningslinjer i rapporteringsprosessen.

Når sykepleier møter barn på legevakten, må også sykepleier være klar over deres opplysningsplikt til barnevernet. Samtidig hvordan barn skal bli vernet i henhold til taushetsplikten og helsepersonelloven. Helsepersonell har opplysningsplikt hvis de oppdager forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §33). Dette er grunnlaget for de opplysninger som skal gis til barneverntjenesten. Sykepleier skal kjenne til at de skal gi opplysninger som er i pasientens journal. Skarsaune (2013, s.26) forklarer at sykepleierne som deltok i studie var opptatt av å dokumentere riktig, samtidig at den skulle være rettslig gyldig. Det de var usikre på var hvordan dokumentasjonen skulle gjennomføres. 20. april 2018 ble det gjort endringer i helsepersonelloven om øvrige bestemmelser om opplysningsplikten til barnevernet. Det er tydeligere klargjort ansvar og oppgaver for helsepersonell som har ansvar for å videreformidle opplysninger. De har konkretisert meldeplikten ved å tydeliggjøre at det er et selvstendig og personlig ansvar man har som helsepersonell (Helsedirektoratet, 2018). Skarsaune (2013, s.23) forklarer også at sykepleiere synes det var vanskelig å melde uten legen sitt samtykke. Sykepleierne som var med i studien var klar over at de både kunne og hadde plikt til å melde på eget initiativ, men ingen av dem hadde meldt ifra ved omsorgssvikt uten samtykke fra lege. En av sykepleierne fortalte at det var uvant for dem å kunne overprøve legen (Skarsaune, 2013, s.23).

I følge helsepersonelloven skal sykepleier være klar over forhold eller situasjoner som kan føre til at barnevernet skal bli involvert. Helsepersonelloven sier at dersom det er mistanke om omsorgssvikt eller mishandling skal sykepleier uten hinder av taushetsplikten i §21, gi opplysninger til barnevernstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §33). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer der norsk sykepleierforbund forklarer at sykepleier skal «ivareta den enkeltes pasients verdighet og integritet, retten til helhetlig sykepleie og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011, s.8). Skarsaune (2013, s.26) forklarer videre at sykepleierne synes det var ubehagelig å dele opplysninger til barnevernet med sitt fulle navn. De var redd for at det skulle gi følger i form av reaksjoner fra familie. De uttrykket et ønske om at bekymringsmeldingen ble sendt fra avdelingen, og ikke fra den enkelte sykepleier.

3.3 Kompetanse om symptombilde

Ved mistanke om omsorgssvikt, kan sykepleier se etter ulike traumesymptomer. Ved legevakten på tre sykehus i Nederland, hadde de en 18 måneders studie der de hadde utformet et eget kartleggingsskjema for å identifisere barn som hadde opplevd en form for omsorgssvikt. Kartleggingsskjemaet skulle sykepleierne bruke ukritisk til hvilken skade barnet kom inn med, men det var ikke en evalueringssjekkliste for skadeomfanget til barnet. De skulle bruke det ved tilfeller der de mistenkte omsorgssvikt. Det var 38136 barn under 18 år som var med i prosjektet, av dem var det 18275 som hadde fullført hele kartleggingsskjema. Det var 89 barn som ble klassifisert til videre vurdering av sykehusets eget «Child Abuse Team», som igjen vurderte hva de måtte gjøre for å øke tryggheten til barnet. Av de 89 fant teamet ut av at det var 55 av dem som potensielt hadde opplevd barnemishandling, og av dem var det 44 caser som var reelle. Resultatet av studie viste at kartleggingsskjemaet var et nyttig instrument for sykepleiere ved legevakten for å identifisere barn med høy risiko for potensiell barnemishandling (Louwers, Korfage, Affourtit, Ruige, van den Elzen, Koning & Moll, 2014, s.1280). Kartleggingsskjemaet var en sjekkliste med ulike risikofaktorer, som var en del av symptombilde på barndomstraumer.

Ved traumesymptomer kan vi referere til de emosjonelle, atferdsmessige, kognitive, fysiske og/eller mellommenneskelige utfordringene som er direkte knyttet til den traumatiske

opplevelsen til barnet (Cohen et al., 2018, s.30). Disse symptomene samsvarer også med affektive traumesymptomer som inkluderer frykt, tristhet eller sinne (Cohen et.al, 2018, s.31). Hvis barnet har opplevd et traume, skriver Cohen et al. (2018, s.31) at barnet også kan utvikle psykiske plager og atferdsproblemer. Dette kan være psykiske plager og atferdsproblemer som kan avdekkes ved et legevaktbesøk. Hvis sykepleier har en mistanke om avvikende omsorg fra omsorgsgiver skal det vurderes om videre behandling og unngå å anklage omsorgsgiver før videre behandling (Boos & Endom, 2015).

Jeg har valgt å gjøre kort redefor affektive traumesymptomer, som er en del av symptombilde sykepleier kan se etter ved mistanke om omsorgssvikt. Dette har jeg valgt å gjøre redefor, fordi det kan være relevant å se etter som sykepleier i den fremtredende fasen på legevakt.

3.3.1 Affektive traumesymptomer

Affektive traumesymptomer har et bredt spekter av symptomer. Jeg velger å definere de symptomer jeg mener sykepleier kan møte i en akutfase på legevakten.

En av symptomene er frykt, som er en reaksjon på skremmende situasjoner som er impulsive og fra tidligere erfaringer (Cohen et al., s.31, 2018). Skremmende minner husker barn på en annen måte enn ikke-traumatiske minner. Barn vil kunne føle på de samme fysiologiske og psykologiske fryktreaksjonene når de senere møter noe som gjør at de blir påminnet den traumatiske hendelsen (Cohen et al., 2018, s. 31-32).

Barn kan også føle på en tristhet etter å ha opplevd en traumatisk hendelse. Følelsen kan komme av en reaksjon fra et brått tap av tillit fra omsorgsgiver og omgivelser rundt (Cohen et al., 2018, s. 32). Barn kan for eksempel oppleves tilbaketrukket og/eller depressiv, som følge av avvikende interaksjon mellom omsorgsgiver og barnet (Kynø et al., 2015b).

Et annet utløsende symptom hos barnet kan være sinne. Det kan være en følge av at barnet i den traumatiske hendelsen føler seg urettferdig behandlet. Barnet har vært en del av en hendelse mot deres vilje (Cohen et al., 2018, s. 33). Sinne kan komme til uttrykk i form av atferdsendringer der barnet for eksempel ikke evner å samarbeide, viser aggresjon eller har uventede raseriutbrudd (Cohen et al., 2018, s.33).

3.4 Kommunikasjon med barn og omsorgsgivere

Eide og Eide forteller at ethvert barn er unikt, det er ikke noen oppskrift på hvordan en best kan kommunisere med barn og unge. Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig, alle befinner seg i sin egen utviklingsspiral og utfordrer vår evne til å kommunisere med dem. (Eide & Eide, 2017, s.288). Når et barn kommer inn på legevakten, er en av sykepleiers oppgaver å skape en relasjon og kommunisere med barn og omsorgsgiver for å lettere kartlegge situasjonen.

Da Lines et al. (2018, s.81) skulle diskutere deres funn ut ifra deres analyse av de ulike studiene, så de at sykepleier hadde en unik rolle for å bygge et troverdig forhold med familier der de hadde en mistanke om at det hadde skjedd omsorgssvikt. Å avdekke sykdomsbilde og situasjonsbilde på legevakten, kan være med på å skape en trygg relasjon til barnet. Dette kan gjøre det lettere for sykepleier å se hvilke ressurser både barn, omsorgsgiver og seg selv som helsepersonell har i en gitt situasjon. Dette understøtter også Benner og Wrubel sin omsorgsteori der de mener at sykepleiers oppgave er å identifisere og tolke hva som er viktig for pasienten og muligheter for behandlingen videre. Det er sykepleiers oppgave og en nødvendighet for å skape en relasjon med pasienten. Ved å skape en relasjon og en tilhørighet med pasienten, blir sykepleier i stand til å lese situasjonen og se hvilke ressurser som skal mobiliseres hos både pasienter, pårørende og seg selv i en gitt situasjon (Benner & Wrubel, 1995, s.26). Lines et.al (2018, s.81) så at sykepleiere hadde en verdifull rolle for familien deres. Sykepleierne kunne være den eneste kontakten og kommunikasjonen de hadde med helsevesenet. På denne måten brukte sykepleiere deres sosial kompetanse for å bygge opp et tillitsforhold til familier som de mistenkte hadde barn som hadde opplevd omsorgssvikt. Familier rapporterte videre at sykepleieren var “som deres venn” i helsevesenet. Da sykepleierne hadde bygget opp et tillitsforhold til foreldrene, eller et mer profesjonelt vennskap til dem, kunne de lettere påvirke og oppmuntre foreldrene til å reflektere over hvordan deres oppførsel påvirket barnas helse og velvære (Lines et al., 2018, s.81). Samtidig var det usikkert om deres relasjon hadde en påvirkning, og som førte til endringer som forhindret at barna deres opplevde omsorgssvikt. Det var derfor vanskelig for Lines et al. (2018, s.81) å konkludere om sykepleiers relasjon til foreldrene hadde en forebyggende effekt eller ikke. Dette så også Tiyyagura et al. (2015, s.51), da de fikk et inntrykk av at det var en utfordring å ha god nok tid til å skape en relasjon med familien til barnet som kom inn med en skade.

4 Utfordringene ved å avdekke traumer som følge av omsorgssvikt

Ved at det ikke har blitt gjort flere utredningsstudier på legevakt, er det vanskelig å si hvor mange barn som har blitt utredet og rapportert videre til barnevernet fra legevakt. Ut ifra litteraturen jeg har valgt å anvende opp mot min problemstilling og belyse i teoridelen, har jeg fått en forståelse av at det kan være utfordrende å si noe om hvilke konkret rolle sykepleier har i en pasientsituasjon på legevakt ved mistanke om omsorgssvikt.

Lines et al. (2018, s. 81) så også at det ikke var noe skille mellom sykepleier med bachelorgrad og sykepleiere med spesialisering. Sykepleiere hadde de samme oppgavene på tvers av avdelingene, men det gjør at de stiller med ulikt grunnlag for å vurdere pasientsituasjoner og behandlingsforløp. Jeg har fått inntrykk av at det er svært utfordrende og diffust å si på hvilke grunnlag og hvilken kunnskap sykepleier skal anvende for å avdekke barndomstraumer hos barn som følge av omsorgssvikt.

Videre vil jeg drøfte hvilken kunnskap som kan være betryggende for sykepleier å ha kjennskap til i en situasjon der det er mistanke om omsorgssvikt. Samtidig vil jeg drøfte hva som er utfordrende for sykepleier i en situasjon der det er mistanke, og om sykepleier har en bevissthet rundt dette.

4.1 Viktigheten av sykepleiers kliniske blikk

Innledningsvis så jeg at noe av utfordringen for sykepleier i møte med denne pasientgruppen, var at de hadde manglende kunnskap om tegn og symptomer. Samtidig så Pabis et al. (2011, s.385) at det krever ulik kompetanse for å identifisere barn som har opplevd et psykisk traume enn et fysisk traume. Som tidligere nevnt forklarer Kynø et al. (2015b) at symptombylde på et psykisk traume kan både være redsel og fysiske skader. Å avdekke hvorfor et barn kommer inn gråtende eller i sinne, eller med fysiske skader som blåmerker eller kutt kan derfor være ekstra utfordrende å identifisere. I Skarsaune (2013, s.24) sin studie, forklarte sykepleiere at de hadde kunnskap om at barn som hadde opplevd en form for omsorgssvikt hadde lettere for

å bli syke. De antok derfor at flere av dem var innom helsevesenet uten å bli oppdaget. Derav kan evnen til å utvikle en klinisk observasjon av denne pasientgruppen hos sykepleier, være avgjørende for hvor mange som blir oppdaget.

I samme studie synes sykepleierne at det var svært krevende å identifisere dem ved sykehusbesøk. Hovedgrunnen til dette var at begrepet barnemishandling og omsorgssvikt opplevdes utfordrende å definere. Dette gjorde det også krevende for hvilke symptomer sykepleier skulle se etter. Sykepleierne erfarte at det aldri fantes noe fasitsvar på hvordan de kunne avdekke barndomstraumer. Det var mer utfordrende å avdekke om barnet hadde et bakenforeliggende psykisk traume enn en fysisk skade på kroppen. De opplevde at manglende kompetanse kunne skape stor usikkerhet blant pleierne (Skarsaune, 2013, s. 25). Dette kan også samsvare med Kynø et al. (2015b) som forklarer at psykisk mishandling av barn er av den typen mishandling som er mest udefinerbar, og videre kan påvirke barnets psykiske helse og utvikling. Sykepleierne som var en del av studie til Tiyyagura et al. (2015, s.48), opplevde også at det var uklare og manglende rutiner. Ved at det oppleves så uklart, kan sykepleier føle seg usikker i en situasjon der de har mistanke om omsorgssvikt når et barn kommer inn på legevakten. Det er utfordrende i seg selv å våge å tenke at et barn faktisk kan ha blitt utsatt for omsorgssvikt.

For at sykepleier skal ha evnen til å utvikle en klinisk observasjon av et barn som kommer inn på legevakten, må sykepleier være klar over hva de skal se etter. Hvis ikke sykepleier har evnen eller kompetanse til å sanse og oppfatte, vilje til årvåkenhet og varhet og/eller manglende teoretisk kunnskap om symptomtilstand til barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt (Kristoffersen, 2016, s.156), kan det være vanskelig å innhente data om pasientens tilstand og igjen identifisere denne pasientgruppen. Fra tidligere studier har sykepleier fortalt at det er sentralt å ha noe bakenforeliggende kunnskap om kroppsholdning, ansiktsuttrykk, om personen er sky, blyg, engstelig, redd eller skeptisk (Kristoffersen et al., 2016, s. 22), for å lettere avdekke barn som har opplevd omsorgssvikt. Killen (2017, s.103-104) forklarer videre at det er sentralt å kunne noe om hvordan barnet oppfatter omgivelsene. Samtidig hvordan barnet oppfatter situasjonen rundt og en forståelse for omsorgsgivers og barns samspill og tilknytning. Å identifisere dette allerede i akuttfasen, kan være avgjørende og legge grunnlaget for videre behandling av barnet.

Derav kan det være rimelig å si at sykepleiers kliniske blikk er spesielt viktig i en akuttsituasjon på legevakten der det er mye distraksjoner og fortløpende kommer inn

pasientgrupper som trenger øyeblikkelig hjelp. Det kan være en stor sannsynlighet for at sykepleier kommer i situasjoner der de kan få mistanke om omsorgssvikt. Det kan være en fordel at sykepleier er klar over symptom bilde i forkant. Dette kan gjøre at de føler seg tryggere og mer sikker i sin handling. I Skarsaune (2013, s. 26) ønsket sykepleierne seg en «smørbrøddliste» over hvordan de skulle gå frem for å avdekke ulike typer mishandling (Skarsaune, 2013, s.26). Resultatene i Tiyyagura et al. (2015, s. 48), viste også at sykepleierne ønsket å ha noen konkrete hovedoppgaver ved mistanke om omsorgssvikt til barnet. En del av hovedoppgavene mente de burde være å gjøre en medisinsk undersøkelse og evaluere situasjonen og interaksjonen med familien. Myhre et al. (2010, s.18) forklarte også at leger ved norske sykehus rapporterte via en visuell analog skala. De brukte skalaen for å markere grad av mistanke, der 0 var ingen mistanke og 10 var sikre funn. Kanskje sykepleiere skulle hatt tilgang til en slik skala som et kartleggingsverktøy på legevakt? Jeg tenker at disse hovedoppgavene kan være et alternativ til en del av «smørbrødlisten» til sykepleiere som jobber ved legevakt.

Louwers et al. (2014, s.1275) sin studie viste samtidig at kartleggingskjemaet de hadde brukt som retningslinjer for helsepersonell hadde vært et instrument som hadde konkretisert arbeidsoppgavene deres. De opplevde at det var lettere i situasjoner å identifisere barn som var i risikogruppen for omsorgssvikt. Sykepleierne som var med i studie, erfarte at det var lettere å avdekke symptomer da de hadde et kartleggingsverktøy som inneholdt teoretisk kunnskap de kunne støtte seg til under tidspress på legevakten (Louwers et al., 2014, s. 1280). Å ta i bruk et kartleggingskjema ser jeg også styrker Patricia Benner og Judith Wrubel sin oppfattelse av at sykepleiere skal jobbe innenfor en hermeneutisk-fenomologisk modell. På legevakten der sykepleier skal finne en mening og skape en forståelse av situasjonen pasienten er i, synes jeg det kan være fornuftig at sykepleier har et hjelpemiddel iform av kartleggingskjema eller konkretiserende hovedoppgaver. Å ha et hjelpemiddel som sykepleier kan bruke til å bevisstgjøre deres egne teoretiske kunnskaper i situasjoner der det oppstår mistanke om omsorgssvikt, mener jeg kan styrke sykepleiers kliniske blikk.

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier, omsorgsgiver og barn

Benner og Wrubel forklarer at en av sykepleiers oppgave er å identifisere og tolke hva som er viktig for pasienten og muligheter for behandlingen videre. Hvis sykepleier har kunnskap om hvordan skape en god relasjon og tilhørighet med pasienten, kan en lettere lese situasjonen og se hvilke ressurser som skal mobiliseres hos både barn, omsorgsgiver og sykepleier selv (Benner & Wrubel, 1995, s.26). Når et barn kommer inn på legevakten, kan en av de første oppgavene til sykepleier være med på å skape en relasjon, kommunisere med omsorgsgiver og barnet for å lettere kartlegge situasjonen. Legevakten er en arena der sykepleiere møter barn og deres familie, og det kan være en stor sannsynlighet for at sykepleierne kommer i situasjoner der de kan få mistanke om omsorgssvikt (Thorvaldsen & Kirchhoff, 2017).

Eide og Eide (2017, s. 288) forklarer at ethvert barn er unikt, og det er ikke noe oppskrift på hvordan man best kan kommunisere med barn og unge. I resultatene av Tiyyagura et al. (2015, s. 48) sin studie hadde sykepleierne erfaring med at de hadde en unik rolle for å evaluere situasjonen og familiens interaksjoner da de hadde mistanke om omsorgssvikt. Lines et al. (2018, s.81-82) så også at det var viktig for sykepleiere å ha gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om grunnleggende elementer om hvordan man skal kommunisere med barn. Å ha gode kommunikasjonsferdigheter som sykepleier, kan være ferdigheter som kan hjelpe å både trygge og styrke relasjonen med både omsorgsgiver og barn. Samtidig kan det hjelpe sykepleier å være mer forberedt på å møte et barn som kan ha en indre uro og/eller aggresjon i møte med helsevesenet som følge av en traumatisk hendelse (Cohen et al., 2018, s.33)

På den andre siden, opplevde sykepleiere at de hadde for liten tid til å skape en relasjon med omsorgsgiver og barn (Tiyyagura et al., 2015, s.51). Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleier å bygge et tillitsfullt forhold. Det kan bli mer utfordrende å avdekke situasjonen til familiene som kommer inn på legevakten. Flere sykepleiere følte seg usikker i tilnærmingen til dem, og tidspresset de jobbet under gjorde det også mer stressende (Tiyyagura et al., 2015, s.51). Dette kan medføre at sykepleiers verdifulle rolle kan miste deres hensikt, da de er ofte den eneste kontaktpersonen mellom helsevesen og familie. Basert på min egen erfaring fra sykehuspraksis, opplevde jeg ved flere tilfeller at sykepleier ikke fikk tatt seg tid til å trygge pårørende til barn som var innlagt. På legevakten har også sykepleier erfart at arbeidsdagen

kan være hektisk, noe som allerede kan prege relasjonen mellom sykepleier, omsorgsgiver og barn.

Samtidig kunne det være utfordrende å være ærlig til omsorgsgiver, hvis sykepleier hadde en mistanke om omsorgssvikt i utgangspunktet. Å “beskyld” omsorgsgiver for å ha gjort avvikende handlinger mot barnet sitt var vanskelig i seg selv. Spesielt i situasjoner der sykepleier har fått et godt forhold til foreldrene eller foreldre har fått et godt forhold til sykepleier (Skarsaune, 2013, s. 24). I Lines et al. (2018, s.81) sin studie forklarte sykepleiere at familier hadde referert til dem som “deres venn” i helsevesenet. Det var viktig for sykepleier å ha et profesjonelt vennskap, for å oppmuntre og påvirke foreldrene til å reflektere over hvordan deres oppførsel påvirket barnas helse og velvære (Lines et al, 2018, s.81). Samtidig kan en tenke seg at det kan være utfordrende å ha et profesjonelt vennskap eller en relasjon med en forelder, uten at en blir påvirket av ens egen meninger og følelser. Skarsaune (2013) snakket med sykepleiere som opplevde at det er utfordrende å være fullstendig ærlig til omsorgsgiver, fordi de kunne både oppfattes som en nær relasjon og venn. En av utfordringene kan være å grensesette kommunikasjonen og relasjonen til omsorgsgiver og barn. Boos og Endom (2015) skriver også at en annen utfordring er hvordan sykepleier skal unngå å anklage omsorgsgiver før videre behandling av barnet.

Denne usikkerheten til tilnærmingen til omsorgsgiver og barn kan være fordi sykepleier ikke føler seg godt nok forberedt. Det har vært lite internundervisning om hvordan sykepleier skal både kommunisere og forholde seg til situasjoner der de mistenker omsorgssvikt. En mulighet kan være å ha internundervisning om eksempler på hvor viktig kommunikasjonen er med omsorgsgiver og barn. Dette kan gjøre at sykepleier stiller seg sterkere i en pasientsituasjon, der kommunikasjonen påvirker hvordan behandling barnet skal ha videre. Samtidig ved å bevisstgjøre hvor viktig kommunikasjonen er, kan dette redusere det tabubelagte, frykten for å være for direkte med omsorgsgiver (Tiyyagura et.al, 2015, s.50).

4.3 Barriere for sykepleier å rapportere fra legevakten?

Helsepersonelloven forklarer at sykepleier skal være klar over forhold eller situasjoner som kan føre til at barnevernet blir involvert. Dersom det er mistanke om omsorgssvikt eller

mishandling skal sykepleier gi opplysninger til barnevernet uten hinder av taushetsplikten §21. (Helsepersonelloven, 1999, §33). I studie til Barlow (2011, s.10) var det 31 prosent av deltagerne som indikerte at de hadde en mistanke om omsorgssvikt, men valgte å ikke rapportere videre. Det kan være flere årsaker til dette.

For det første har jeg fått inntrykk av at sykepleiere mangler kunnskap om hvordan de skal rapportere hypotetiske reelle skader videre. Da Fraser et al. (2010, s.152) gjorde sin studie viste det seg at majoriteten av sykepleiere ville rapportere saker videre, men de var usikker på ved hvilke skadeomfanget til barnet de skulle rapportere videre. De ønsket kunnskap om ved hvilke og hvor stort skadeomfang til barnet de skulle rapportere videre og hva som ble riktig henhold til lovverket. Samme ønsket sykepleiere i Skarsaune (2013, s.26) sin studie, der sykepleiere var usikker på hvordan de skulle dokumentere riktig. De ønsket seg retningslinjer for hvordan de skulle dokumentere. Videre skriver Barlow (2011, s.12) at også deres sykepleiere erfarte at de hadde manglende kompetanse. Kunne det vært et alternativ å innføre retningslinjer for hvordan sykepleier skulle dokumentere og rapportere ved mistanke om omsorgssvikt på legevakt? Dette kunne vært et alternativ for å øke den manglende kompetansen, og hindre at sykepleier føler seg ukvalifisert til å ha meninger om omsorgssvikt er tilfelle eller ikke. Ved at de lettere kunne sett på retningslinjer hvis de følte seg usikker på hvordan de skulle dokumentere. På den andre siden var det også usikkerhet om ved hvilke skadeomgang de skulle rapportere videre. Fraser et al. (2010, s.149) så at sykepleier svarte riktig på hvordan de skulle rapportere, hvor de skulle rapportere og hvor fort de skulle rapportere hvis de hadde en mistanke, men samtidig var 80-89 prosent av sykepleierne usikker når og ved hvilke skadeomfang til barnet de skulle rapportere videre (Fraser et al., 2010, s.150). Det kunne vært et forslag å implementere retningslinjer for dokumentasjon- og rapporteringsprosessen, for å forhindre unødig frustrasjon og ekstra arbeid. Samtidig må da også sykepleier ha en forståelse for hvilke skadeomfang hen skal rapportere videre.

Noen vil også hevde at som sykepleier må vedkommende tørre å bryte det tabubelagte ved å rapportere en sak videre til barnevernet ved mistanke omsorgssvikt. I Tiyyagura et al. (2015, s.50) sin studie kom det frem at så lenge helsepersonellet forstod lovverket i henhold til rapportering, følte de at det ikke var noe fare i å rapportere videre. Hvis det viste seg at den saken du som helsepersonell rapporterte videre ikke var identifisert som omsorgssvikt allikevel, så gikk det helt fint. Det kan fortsatt være lov å rapportere videre, selv om sykepleier ikke føler seg helt sikker på at barnet de skal vurdere har opplevd omsorgssvikt.

Sykepleier har et ansvar for å rapportere videre, men det er til slutt barnevernet som vurderer videre om det er omsorgssvikt inn i bildet. Sykepleierne som var med i studie til Skarsaune (2013, s.52), fortalte at det de opplevde var vanskelig, var å dele opplysninger til barnevernet med deres fulle navn. De var redd for at det skulle gi følger i form av reaksjoner fra familie. De uttrykket et ønske om at bekymringsmeldingen ble sendt fra avdelingen, og ikke fra den enkelte sykepleier. Et alternativ kan være å utarbeide retningslinjer på legevakt som nevnt over, der en av retningslinjene konkretiserer at det er lov å rapportere videre uten at det skal få noe følger for sykepleier som rapporterer. Dette kunne vært med på å minimere redselen rundt det å rapportere en eventuell sak videre til barnevernet.

4.4 Økes kunnskap ved etablering av tverrfaglig team på legevakt?

Som nevnt tidligere har sykepleier erfart å måtte jobbe under hektiske forhold og et stort tidspress på legevakten. Sykepleier kan spesielt føle seg alene når hen tar imot en hel familie når det allerede er mye å gjøre i forveien. Sykepleier må henvende seg til både omsorgssgiver og barn, noe som jeg allerede har diskutert kan være utfordrende i seg selv. Myhre et al. (2010, s.23) nevner at mål kan være å etablere samarbeidsrutiner slik at ressursene på arbeidsplassen blir best mulig utnyttet og utsatte barn får fullstendig avdekking på legevakt.

For å ikke føle seg alene i en pasientsituasjon der det er mistanke om omsorgssvikt hos barnet, kan det være betryggende å ha et godt forhold og/eller samarbeid med lege og andre yrkesgrupper som jobber innenfor sosialpediatrien. Sykehuspersonalet som var med i Tiyyagura et al. (2015, s. 51) sin studie, så viktigheten av å få støtte fra deres avdelingsdeler. De opplevde å ha et godt samarbeid med avdelingsleder som motiverte dem til å rapportere ved mistanke, som igjen lettet for frykten for å ikke ta riktig beslutning. Skarsaune (2013, s.26) forteller at sykepleierne som var med i hennes studie ikke opplevde samme forhold til avdelingsleder som nevnt over. Her kom sykepleierne med et ønske om at avdelingsleder, lege og sykepleier jobbet sammen i utfordrende pasientsituasjoner der det var mistanke om omsorgssvikt. Sykepleier kom med dette ønske, for å slippe og stå alene med ansvaret i ettertid. De hadde erfart at hver gang de hadde hatt et godt samarbeid med leder og lege,

hadde pasientforløpet vært mindre krevende. De satt igjen med en bedre opplevelse enn hvis de hadde stått alene. Sykepleier hadde ved flere tilfeller vanskeligheter for å formidle til avdelingsleder at de også hadde et overordnet ansvar. Ved flere tilfeller følte sykepleierne at de la mye ansvar på legene, fordi de var usikre hva de skulle gjøre i situasjonen rundt avdekking og rapportering videre (Skarsaune, 2013, s. 27). Det kan være frustrerende og utfordrende som sykepleier å føle at en står alene i en pasientsituasjon der du både må bruke din kliniske kompetanse og samtidig være bevisst på lovverk og rapportering videre til barnevernet i en pasientsituasjon. Sykepleiere skulle ønske for eksempel å diskutere pasientsituasjoner med kollegaer som var fagligkompetente innenfor barn, barndomstraumer og omsorgssvikt. Et alternativ kunne vært helsesøster som hadde en dag i uken på legevakt, for å diskutere pasientsituasjoner som sykepleier har vært i kontakt med i løpet av uken. Ved andre studier har de hatt flere positive erfaringer med å jobbe tverrfaglig. Det kunne vært en god mulighet for dette også på legevakt for å utvikle den faglige kompetansen og sikkerhet innenfor sosialpediatrien.

Sykehuspersonalet som var med i Tiyyagura et al. (2015, s.50) sin studie diskuterte saker med sykepleiere og fysioterapeuter på legevakt for å få en bedre forståelse av situasjonen de hadde vært en del av. Samtidig diskuterte de om situasjonen var en reell sak som omhandlet omsorgssvikt. Dette så de minimerte utfordringene som oppstod på en arbeidsplass med høyt tempo og begrenset tid til å evaluere hver pasient (Tiyyagura et al., 2015, s.51). Å ha et godt tverrfaglig samarbeid på legevakt, kan være med på å minimere stresset sykepleier kan oppleve på legevakt. Samtidig kan vanskelighetsgraden for å avdekke omsorgssvikt hos en pasient bli mindre når sykepleier har et faglig støtteapparat rundt seg. En annen måte å motivere til et mer tverrfaglig samarbeid, kan være å innføre interessegrupper eller fokusgrupper for sykepleiere og annet helsepersonell som jobber på legevakt. Hvis det hadde blitt satt av tid eller dager der temaet er imøte med barn som har opplevd omsorgssvikt, kunne dette vært med på å utvide den faglige kompetansen. Myhre et al. (2010, s.7) forteller på norske sykehus idag er det kun barneleger som har interessegrupper innenfor sosialpediatrien. Det kunne vært en mulighet eller en nødvendighet å ha en egen tverrfaglig interessegruppe på legevakt. Det er ofte her denne pasientgruppen er først i møte med helsevesenet. Det hadde vært en fin arena til å utvikle et fellesskap mellom sykepleier og annet helsepersonell som har faglig kompetanse og erfaringer med samme pasientgruppe.

I Tiyyagura et al. (2015, s.51) sin studie, ønsket også sykehuspersonalet mer trening og undervisning. De ønsket mer simuleringer og casearbeid som tok for seg faresignaler sykepleier kunne se etter, samtidig gå gjennom reelle situasjoner som har oppstått. Dette kunne også vært et tiltak på legevakt for å gjøre sykepleier mer bevisst på faresignaler, symptomer og hvilke utfordringer som kan oppstå i en situasjon der det er en mistanke om omsorgssvikt. Myhre et al. (2010, s.4) nevner også viktigheten av å ha tverrfaglige team som har i oppgave å utrede barn som mistenkes har blitt utsatt for omsorgssvikt. Teamene skal aktivt bidra til arbeidet med å avdekke barnemishandling og omsorgssvikt og bør ledes fra barneavdelinger på sykehus i Norge. Myhre et. al (2010, s.4) forteller videre at det bør være en fagperson som har et spesielt faglig ansvar ved alle avdelinger som undersøker og behandler barn. Samtidig at det bør finnes en felles prosedyre for alle avdelinger som undersøker og behandler barn (Myhre et. al, s.22). Det bør være faste rutiner for teamvurderinger, henvisningsrutiner og klar ansvarsfordeling. Dette tror jeg også kunne vært til hjelp for sykepleiere på legevakt. I det store løp tror jeg dette kan ta tid og ressurser å skape et slikt tverrfaglig team med klare retningslinjer.

På den andre siden er det en utfordring når det kommer til å diskutere barn med kollegaer, leger og andre etater. Det er en særskilt taushetsplikt når det kommer til barn som pasient og formidle pasientsituasjonen videre. Sykepleier kan i hovedsak ikke diskutere et barn uten samtykke av foreldre. Dette kan oppleves frustrerende i situasjoner der de trenger faglig kompetanse for å vurdere situasjonen. Det kan komme et ønske om en forandring om hvordan sykepleier skal forholde seg til taushetsplikten, men jeg tror dette er et etisk dilemma som kommer til å fortsette å være utfordrende fremover i tid. For å lettere jobbe med dette etiske dilemmaet, har også Myhre et al. (2010, s.22) luftet ideen om å etablere et samarbeid mellom sosialpediatrien ved sykehus, helsestasjon, legevakt og fastleger. Målet ville være å formalisere et samarbeid med skriftlige retningslinjer i alle kommuner, samt kompetanseheving. Under disse skriftlige retningslinjene kunne det ha kommet en retningslinje om hvordan helsepersonell skal håndtere taushetsplikten henhold til barn og hvordan formidle deres situasjon videre. Dette kunne redusert frustrasjonen og utfordringene sykepleier har ved formidling av pasientinformasjon som omhandler barn.

4.5 Bevisstgjøring blant sykepleiere

Tidligere har jeg nevnt at et barn som har opplevd et barndomstraume ikke er en vanlig klinisk observasjon for sykepleier (NKVTS, 2015a). Å møte et barn som har opplevd omsorgssvikt kan være overraskende og sykepleier kan kjenne på uforberedte følelser. Da Myhre et al. (2010, s.21) gjorde sin studie, var det bekymringsfullt at det var så få henvisninger fra både helsestasjon, allmennlege og legevakt. De var klar over at legevakten behandler mange barn med skader, og det er her de med skader relatert til barnemishandling først vil henvende seg. Studie sa ingenting om ved hvilke omfang legevakt og allmennlege selv utredet for mistanke om barnemishandling eller hvor ofte de henviste til barnevernet. Det de var bekymret for, var det lave antallet med saker henvist fra legevakt, kunne gjenspeile at mishandlingssaker har blitt oversett der. Hvis sykepleiere ikke er bevisst på at de kan møte barn som har opplevd omsorgssvikt på legevakten, kan utfallet være pasientsituasjoner som blir oversett. Benner og Wrubel mener det er viktig at sykepleier klarer å forstå en gitt situasjon (Benner & Wrubel, 1995, s.124). Ved Tiyyagura et al. (2015, s. 49) sin studie fortalte sykepleier at de ved flere tilfeller ikke tenkte at de kunne møte et barn som hadde opplevd omsorgssvikt. Da vil Benner og Wrubel hevde at sykepleier ikke har reflektert nok over sin bakgrunnsforståelse av omsorgssvikt (Benner & Wrubel, 1995, s.124). I Tiyyagura et al. (2015, s.49-50) sin studie var det ofte at de ikke så spesifikt etter symptomer for å se om barnet hadde blitt mishandlet. De evaluerte og redegjorde for symptomene de så der og da. De evaluerte ikke om det kunne være på grunn av omsorgssvikt. På legevakten kommer det kontinuerlig inn nye pasienter og nye situasjoner oppstår. Det er derfor viktig at sykepleier er effektiv i pasientbehandlingen, men å være effektiv i pasientbehandlingen kan gå utover bevisstgjørelsen til sykepleier i gitte pasientsituasjoner.

Cohen et.al (2018, s.30) forteller om de ulike utfordringene som er direkte knyttet til den traumatiske opplevelsen til barnet. Dette så jeg også samsvarte med affektive traumesymptomer som inkluderer frykt, tristhet eller sinne som kan være relevant at sykepleier kan noe om på legevakt. Barn som har opplevd et traume, kan utvikle psykiske plager og atferdsproblemer (Cohen et al., 2018, s.31). Dette symptomtilstand kan være mer utfordrende for sykepleier å avdekke enn ved ren fysisk skade. Det kan oppleves mer følelsesmessig vanskelig å håndtere situasjonen. Sykepleier som er med på å avdekke kan være i foreldrerollen selv og kan oppleve å ha sterke følelser knyttet rundt dette. I Skarsaune (2013, s.26) sin studie forklarte sykepleiere at de hadde behov for å få opplæring. De ønsket

opplæring i hvordan å håndtere situasjonen, og deres egne følelser knyttet til å møte barn som har opplevd omsorgssvikt. De som var forelder selv, opplevde å kjenne på sterke følelser i møte med barn som uttrykket sinne, tristhet eller frykt for at foreldrene skulle avvike reaksjoner mot dem. De følte seg alene da de skulle melde saker videre til barnevernet. Dette tror jeg også er noe av grunnen til at sykepleiere kan la vær å melde saker videre.

Da vil også noen hevde at sykepleiere kan være mindre bevisste på deres meldeplikt. Sykepleier har meldeplikt hvis de oppdager forhold som fører til bekymring for barnet. Det er viktig at de tar med de observasjoner og hvor mye de har avdekket, når barnet kom inn på legevakten, samt hvilke forhold hos barn og omsorgsgiver som gir grunn til bekymring (Helsedirektoratet, 2018). I endringene som ble gjort i 2018, er opplysningsplikten annerledes ved at det er en plikt å melde ifra om beskrivelser av situasjoner som omhandler de ulike bestemmelsene i barnevernloven. Tidligere var det iverksetting av tiltak av barneverntjenesten som var i hovedfokus (Helsedirektoratet, 2018). Dette samsvarer også med yrkesetiske retningslinjer der det står under 2.6 at sykepleier skal ivareta pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger (NSF, 2011, s.8). Hvis sykepleier får mistanke om at omsorgssvikten kommer fra handlinger fra omsorgsgiver, er det viktig at sykepleier har kjennskap til lovverket. Hvis sykepleier mangler bevissthet rundt deres meldeplikt, kan det også diskuteres om de er bevisste nok rundt lovverket.

I den australske studien hadde over 50 prosent av sykepleierne fått spesifikk undervisning og trening relatert til barnemishandling og omsorgssvikt (Fraser et al., 2010, s. 149). Dette var en av de få studiene der deltagerne ga uttrykk for at de hadde fått trening. 42,6 prosent av deltagerne hadde rapportert eller hatt mistanke om mishandling eller omsorgssvikt i karrieren deres som sykepleier. 58,3 prosent hadde gjennomført undervisning. De sykepleierne som hadde gjennomført undervisning, følte seg mer forberedt og hadde en bevissthet rundt rapportering i praksis. De var flinkere til å rapportere mistenkte saker. De opplevde å ha et klart bilde over hvilke symptomer de burde se etter og følte seg mer følelsesmessig forberedt i pasientsituasjoner (Fraser et al., 2010, s.150). Å gjennomføre undervisning om symptomtilbilde til barn som har opplevd omsorgssvikt, kan gjøre at sykepleier er mer bevisst på at ulike situasjoner kan oppstå. Samtidig et barn som har opplevd omsorgssvikt og som er i en ny og ukjent situasjon, kan oppleve det samme fryktnivået som det opprinnelig traumet (Cohen et al., 2018, s.31-32). Hvis sykepleier har eller hadde hatt tilbud om undervisning om hvordan

symptomer og hva de kan oppleve følelsesmessig i en slik situasjon, kan det være med på å trygge barnet. Samtidig kan sykepleier sitte igjen med en bedre opplevelse av situasjonen.

Jeg har også tidligere sett hvor viktig det er å være bevisst om helsepersonelloven. Dersom det er mistanke om omsorgssvikt eller mishandling skal sykepleier uten hinder av taushetsplikten i §21, gi opplysninger til barnevernstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §33). Som nevnt tidligere, har jeg også sett at dette samsvarer yrkesetiske retningslinjer som forteller at «sykepleier skal ivareta den enkeltes pasient sin verdighet og integritet, retten til helhetlig sykepleie og retten til å ikke bli krenket» (NSF, 2011, s.8). Et alternativ kan være å skape en god rutine for jevnlig undervisning der enten avdelingsdeler, leger fra barneavdelinger eller helsesøster kommer å forteller om hvor viktig det er å være bevisst på at sykepleier kan møte barn som opplever eller har opplevd omsorgssvikt. For at dette skulle blitt gjennomførbart, må en både ha tid og satt inn ressurser, men det kunne vært et mål på langsikt.

5 Oppsummering

For mange sykepleiere oppleves det å identifisere barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt som utfordrende. Det kan tyde på at det mangler en bevisstgjøring over hvilke skader barn kan komme inn med på grunn av omsorgssvikt. Det er en usikkerhet rundt hvilken kunnskap en trenger som sykepleier for å avdekke barn som har opplevd omsorgssvikt. Både barndomstraumer og omsorgssvikt har jeg erfart utifra litteraturen som uklare begreper. For at dette skal gjøres mindre utfordrende for sykepleier kan et forslag være å ha overordnede retningslinjer som sykepleier kan støtte seg til på legevakt. Dette kan også være med på å gjøre relasjonen mellom omsorgsgiver, barn og sykepleier mindre utfordrende. Samtidig har jeg fått inntrykk av at det ikke bare er implementering av retningslinjer som må til, men også bli mer bevisst på hvilke prosesser som må bli forandret eller implementert for å for eksempel få til et mer tverrfaglig samarbeid på legevakten. Å fokusere på interaksjoner mellom sykepleier og annet helsepersonell, kan medvirke til å øke identifisering av disse barna. Hvis de fortløpende kan diskutere i et tverrfaglig team, kan dette gi et bredere kompetansegrunnlag. Samtidig har jeg også fått inntrykk av at det er viktig å spesifisere hvilken kompetanse og sin bevisstgjøring rundt barn og omsorgssvikt. Å være bevisst kan øke deres oppmerksomhet når sykepleier vurderer pasientsituasjonen, ser på sykehistorien og skadeomfanget til barnet. Å ha riktig kompetanse og ha en bevisst holdning, har jeg også sett kan være med på å bryte det tabubelagte for å rapportere videre til barnevernet. Det kommer alltid til å være en utfordring å rapportere videre med tanke på taushetsplikt, lovverk og yrkesetiske retningslinjer som er knyttet opp mot hverandre. Å rapportere det videre kan også oppleves som følelsesladet for sykepleier og at det er en fare for at omsorgsgiver føler seg fornærmet av sykepleier som rapporterte det videre.

Jeg har også sett at de som har brukt tid og ressurser på å implementere internundervisning, har følt seg tryggere og mer forberedt på hvordan de skal avdekke barn som har opplevd omsorgssvikt. Hvis det hadde vært et tilbud om internundervisning på legevakt, kan det være at sykepleier hadde vært mer bevisst på hvordan tilnærme seg både omsorgsgiver og barn. Noe som kunne ha hjulpet sykepleiers trygghet og tilnærming i en pasientsituasjon, kunne ha vært å utarbeidet et kartleggingsskjema som et verktøy. Det kunne vært med på å redusere tidspresset, samtidig mulighet for å identifisere flere barn. Kanskje det også hadde minimert frustrasjonen og lettere løst hvordan sykepleier skulle jobbet i en presset situasjon? Dette

kunne også gjort at sykepleier hadde satt igjen med en bedre opplevelse da de hadde møtt et barn med et skadeomfang som kunne hentyde til omsorgssvikt.

Noen vil også hevde at vi fortsatt ikke bare er i erkjennelsesprosessen, men også i en faglig utviklingsprosess når det gjelder kompetanse om omsorgssvikt hos helsepersonell og da spesifikt hos sykepleier. Det var overraskende, samtidig svært positivt at jeg fant et par norske forskningsstudier. Samtidig som jeg fant flere internasjonale studier omkring helsevesen og deres utfordring til barn som har opplevd omsorgssvikt. Resultatene av disse studiene og resultatene av UEVO-undersøkelsen som ble gjennomført i januar og februar på norske skoler i år, kan være med på å påvirke hvilken kunnskap det er viktig for sykepleier å ha nå og i fremtiden. Det hadde vært interessant å se videre på resultatene av UEVO-undersøkelsen med tanke på min problemstilling.

Litteraturliste

Barlow, S. L. (2011). *Nurse practitioner barriers to reporting child maltreatment*.

(Mastergradsavhandling, Brigham Young University). Hentet fra

<https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3671&context=etd>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut:*

Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017). Oslo.

Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf

Barne- og likestillingsdepartementet. (2019). *Vold og seksuelle overgrep mot barn og*

ungdom. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og->

[barn/innsiktsartikler/bekjemper-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom/id2398050/](https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/bekjemper-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom/id2398050/)

Benner, P., & Wrubel, J.. (1995). *En hatt med slør. Om omsorgens betydning for sykepleie -*

En presentasjon av Benner og Wrubels teori. (Konsmo, T., overs.). (s. 25-46, s. 111-126).

Otta: Engers Boktrykkeri A/S

Boos, S. C., & Endom, E. E. (2015). *Physical abuse in children: diagnostic evaluation and*

management. Waltham, MA: UpToDate. Hentet fra [www.uptodate.com/contents/physical-](http://www.uptodate.com/contents/physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation-and-management)

[abuse-in-children-diagnostic-evaluation-and-management](http://www.uptodate.com/contents/physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation-and-management).

Cohen, J. A., Deblinger, E. & Mannarin, A. P. (2018). *Behandlinger av traumer og*

traumatisk sorg hos barn og ungdom. (Goveia, I. C., overs.). (s. 15-20, s. 25-49). Oslo:

Universitetsforlaget

Dalland, O., (2018). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering,*

analys och presentation av omvårdnadsforskning. (4.utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International journal of nursing studies*, 47(2), 146-153.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer: Kapittel 6. Opplysningsplikt til barnevernet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-6-opplysningsplikt-mv-11473#§-33.-opplysningsplikt-til-barnevernet>

Helsepersonelloven. (2018). *Opplysningsplikt til barnevernet. LOV-1999-07-02-64*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_6

Helsetilsynet. (2014). *Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet: Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv*. Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport_2_2014.pdf

Killen, K. (2017). *Sveket i. Risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. (5.utg). Oslo: Kommuneforlaget

Kynø, N. M, Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015a). *Mishandling av barn – fysisk*. Oslo: Oslo universitetssykehus. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/199243/mishandling-av-barn-fysisk>

Kynø, N. M, Lindboe, A., Vetlesand, N., Holgersen Skotte, L., Bjaanes Stoltenberg, A. K., Syversen, M. & Randklev, S. (2015b). *Mishandling av barn – psykisk*. Oslo: Oslo universitetssykehus. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mishandling-av-barn-psykisk>

Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. *Journal of pediatric nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>

Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P., de Koning, H. J. & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child abuse & neglect*, 38(7), 1275-1281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005>

Myhre, M. C., Lindboe, A., & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis*. Oslo: NKVTS og Oslo universitetssykehus. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oppdagarsykehusenebarnemishandling2.pdf>

Nasjonalt kunnskapsenter for vold og traumatisk stress. (2019). *9200 deltok i UEVO-undersøkelsen*. Hentet fra <https://uevo.nkvts.no/innhold/9200-elever-deltok-i-uevo-undersokelsen/?fbclid=IwAR1QXgdYApEbugoS41NtmvUQRciYuRPFLYgWLRBAYnh1ARL0F2CoNw9NvaE>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2016). *Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling – barnevern/barne-hus/politi*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Samarbeid/Pages/default.aspx>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2015a). *Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling – innledning*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Innledning/Pages/Definisjoner.aspx>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2015b). *Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling – utredning*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/sites/Barnemishandling/Utredning/Pages/default.aspx>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, F., Jahren Kristoffersen, N., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg, bd 1, s. 15-27, s. 159-185). Oslo: Gyldendal

Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., & Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 384-393. <http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>

Skarsaune, K. (2013). *Å mistenke barnemishandling. En studie av sykepleiers erfaringer*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Nordland). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/196424/Skarsaune_Kari.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Barnevern, 2017. Hovudtal for barnevernsstatistikken*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng/aar/2018-06-29?fane=tabell&sort=nummer&tabell=354775>

Thorvaldsen, I. R. & Kirchhoff, J. W. (2017). Se tegnene på omsorgssvikt!. *Sykepleien*, 105(1), 50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59740>

Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of emergency medicine*, 66(5), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>